

CONCURSO PÚBLICO DA PREFEITURA DE SANTA CRUZ DO ARARI
EDITAL Nº 01/2016/PMSCA
FORMULÁRIO DE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

Nome do Candidato:

Cargo:

Endereço:

Bairro:

CEP:

CIDADE/UF:

Telefones:

Qual a sua deficiência? _____

Preencher e assinar este formulário, e, anexar a este formulário o laudo médico, original ou cópia autenticada, atestando a **espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID** (Decreto nº 3.298/99), e, enviá-los pelos correios, no período das inscrições, através de carta registrada, à Comissão Executiva do Concurso da **Prefeitura de Santa Cruz do Arari – FADESP** (Documentos PcD), Rua Augusto Corrêa, s/n, *Campus* Universitário da UFPA, Guamá, Belém-Pará, CEP 66075-110. **Solicitações posteriores serão indeferidas.**

Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova? **SIM** () **NÃO** ()

Se você respondeu SIM, a pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da prova.

Precisa de tempo adicional para realização das provas? **SIM** () **NÃO** ()

Caso tenha respondido **SIM**, deverá anexar cópia da justificativa de parecer emitido por especialista da área de sua deficiência.

Nome e Assinatura do(a) Candidato(a) ou do Responsável pelas informações acima.

Nome Completo (por extenso) do candidato ou do responsável

Assinatura do candidato ou do responsável

_____, ____/____/____